



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Características endoscópicas de la úlcera péptica en el
Hospital Nacional Daniel A. Carrión durante el periodo
enero 2000-diciembre 2005”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gastroenterología

AUTOR

Pedro Andrés MONTES TEVES

ASESOR

Sonia SALAZAR VENTURA

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Montes, P. Características endoscópicas de la úlcera péptica en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión durante el periodo enero 2000-diciembre 2005 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

AGRADECIMIENTOS

**A mis padres, por todo el apoyo brindado durante
estos años de estudio**

**A todos los Asistentes, Residentes, Personal de
enfermería y técnico del servicio de Gastroenterología
del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

**A los Tutores y Profesores de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos**

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad Ulcerosa Péptica es una de las patologías mas comúnmente vistas en la practica clínica diaria; el manejo de esta ha ido cambiando en las ultimas décadas con el empleo de los inhibidores de bomba de protones y posteriormente con el empleo de la terapia de radicación del *Helicobacter pylori*. Se ha descrito cambios en las características epidemiológicas de la úlcera péptica en los últimos años, así como en su forma de presentación.

OBJETIVO: El objetivo principal del trabajo es describir las características endoscópicas de la úlcera séptica en los pacientes con enfermedad úlcerosa péptica durante el periodo Enero 2000 – Diciembre 2005 en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

MATERIALES Y MÉTODOS: El presente trabajo es un estudio de tipo retrospectivo descriptivo. Se incluyo a todos los pacientes con diagnostico de Úlcera péptica mediante examen endoscopico durante el periodo de estudio en el Servicio de Gastroenterología del HNDAC. Se excluyo a aquellos pacientes con diagnostico concomitante de cáncer gástrico, cirugía previa o con úlceras de etiología no péptica. Se registro los datos: edad, sexo, cuadro clínico, localización, forma, tamaño, profundidad, aspecto del borde de la úlcera asi como el numero de úlceras y la infección por *Helicobacter pylori*. Se utilizo el programa estadístico SPSS9 para el procesamiento de datos.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se encontró 899 pacientes con diagnostico de úlcera péptica, un 67.8 % fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 54.03 años. La edad promedio fue mayor en los pacientes de sexo femenino (59.87 años), así como en aquellos que tenían úlcera gástrica (60.5 años) o úlcera gástrica mas úlcera pilorica (68.7). Las indicaciones endoscópicas mas frecuentes en estos pacientes fueron la hemorragia digestiva alta (53.3 %) y dispepsia (43.8 %). El tipo de úlcera mas frecuentemente encontrado fue la úlcera duodenal (49.5 %), durante el periodo de estudio se ha observado una disminución en el numero de casos de úlcera duodenal. Las localización mas común de la úlcera gástrica es el curvatura menor de antro gástrico y de las úlcera duodenales fue cara anterior de bulbo duodenal. El tamaño promedio de la úlceras gástricas fue de 11.72 mm y el de las úlceras duodenales fue 9.87 mm. La mayoría de la úlceras se presentaron como únicas (80.6 %). Los reportes endoscopicos revisados no consignaban datos referentes a la forma, profundidad y aspecto de los bordes de las úlceras. La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 65.3 %, siendo en los pacientes con úlcera duodenal de 74.3 % y en los pacientes con úlcera gástrica de 55.4 %.

CONCLUSIONES: En la presente serie se encontró un predominio de sexo masculino, una edad promedio de 54 años. La forma de presentación clínica más común fue la Hemorragia digestiva alta. La úlcera mas frecuentemente observada fue la duodenal. La localización mas frecuente de úlcera gástrica fue antro y de la duodenal bulbo. La

mayoría de las úlceras fueron únicas, y tuvieron un tamaño promedio de 11.72 mm las gástricas y 9.87 mm las duodenales. La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 65.3 %

PALABRAS CLAVES: Úlcera péptica, endoscopia, *Helicobacter pylori*

CAPITULO I

INTRODUCCION

La enfermedad Ulcerosa Péptica es una de las patologías mas comúnmente vistas en la practica clínica diaria; el manejo de esta ha ido cambiando en las ultimas décadas con el empleo de los inhibidores de bomba de protones y posteriormente con el empleo de la terapia de erradicación del *Helicobacter pylori* (1).

La Úlcera péptica es definida histológicamente como la pérdida del epitelio de superficie que se extiende más allá de la muscularis mucosae. Desde un punto de vista clínico se le considera una perdida de la superficie mucosa, visible por endoscopia de al menos 3 mm de diámetro y de una profundidad suficiente la cual es valorada por el endoscopista (2,3)

Los síntomas de la enfermedad ulcerosa péptica comúnmente incluyen dolor epigástrico, disconfort abdominal, anemia y vómitos (4,5). El dolor no necesariamente tiene que estar presente, ya que en algunos pacientes como son los ancianos se puede observar la presencia de úlceras silentes (6).

Para realizar el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica, la anamnesis y la exploración física usualmente tienen una utilidad limitada. La radiología digestiva ha sido empleada para establecer el diagnóstico empleándose las modalidades a relleno completo y a doble contraste, aunque carece de una sensibilidad adecuada.

El diagnóstico se realiza básicamente a través de la endoscopia digestiva lo que permite el diagnóstico de la lesión y establecer el diagnóstico diferencial con lesiones malignas

a través de la toma de biopsias en especial en el caso de las úlceras gástricas. La endoscopia digestiva permite además el establecimiento del estatus de infección por *Helicobacter pylori* ya sea mediante el test de ureasa o la histología (7,8).

Las úlceras pépticas tienen un aspecto endoscópico particular que se caracteriza por presentar un lecho ulceroso blanquecino, con bordes lisos y regulares, y presentan pliegues engrosados de aspecto inflamatorio los cuales llegan hasta el lecho de la úlcera.

Las úlceras gástricas de tipo péptico por lo general tienden a estar localizadas en antro e incisura, en tanto que las duodenales clásicamente son encontradas a nivel de bulbo (3)

Se ha descrito que el porcentaje de la población general que presentara alguna manifestación de enfermedad ulcerosa péptica a lo largo de su vida es de 5 – 10 %, sin embargo algunos estudios endoscópicos prospectivos muestran que cerca de la mitad de los pacientes con úlcera péptica son asintomáticos, por lo que podría esperarse que la verdadera prevalencia sea el doble de la anteriormente señalada (4).

En un estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión con una serie de 100 pacientes con enfermedad ulcerosa péptica, se encontró que el 60 % de los casos correspondían a úlceras duodenales, 36 % a úlceras gástricas y 4 % a úlceras del canal pilórico o úlceras de localización tanto gástrica como duodenal (9).

Otro estudio realizado en el Hospital Daniel A. Carrión se describió una frecuencia de enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos hospitalizados de 52 %, cifra mayor a la comúnmente reportada (10).

Actualmente existe reportes que describen una disminución en la prevalencia de enfermedad ulcerosa péptica, Ramírez-Ramos y col han descrito que durante el periodo de 1985-2002 la prevalencia de úlcera gástrica y úlcera duodenal ha disminuido de 3,15 % y 5,05 % respectivamente a 1,62 % y 2 % (11).

Clásicamente se ha descrito que un 70 % de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica se encuentran entre los 25 y 64 años, sin embargo el pico de prevalencia de enfermedad complicada que amerita hospitalización está entre los 65 y 74 años. Así mismo se ha descrito una ligera predominancia del sexo masculino sobre el femenino (1,2)

Se ha descrito variaciones a nivel mundial en cuanto a las características de la enfermedad ulcerosa péptica, así por ejemplo en cuanto a la localización de la úlcera péptica hay un predominio de la úlcera duodenal sobre la úlcera gástrica en países occidentales en tanto que en Asia, especialmente en Japón tienden a predominar las úlceras gástricas (3).

.Clásicamente se ha considerado a la enfermedad ulcerosa péptica como una enfermedad multifactorial, en relación a la presencia de factores agresores de la mucosa digestiva y a la disminución de la capacidad de los mecanismos de defensa de la mucosa (3,4).

Uno de los principales aportes para el entendimiento de la enfermedad ulcerosa péptica se dió en el año de 1984 con la identificación del *Helicobacter pylori* por parte de Marshall y Warren, lo que marcó un hito en el enfoque y manejo del paciente ulceroso péptico. Se ha reportado una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica que oscila entre 80-100 % para los casos de úlcera duodenal y entre 60-90 % para los casos de úlcera gástrica (12-14).

En nuestro país dicha infección ha sido descrita como de alta prevalencia, con frecuencias que van de 77-93 % en la población general en reportes iniciales (15-17). La infección por *Helicobacter pylori* se produce en nuestra población en edades tempranas

de la vida como ya ha sido demostrado por Klein y col quien encontró una prevalencia total de 48 % en niños de entre 6 y 30 meses, así mismo describió que el número de niños infectados tiende a incrementar con la edad (18).

La presencia del *Helicobacter pylori* va a condicionar el desarrollo de la úlcera péptica induciendo cambios en la fisiología del estómago a través de la producción de toxinas. Se ha observado que los pacientes con úlcera duodenal e infección por *Helicobacter pylori*, presentan mayores niveles de secreción ácida, fenómeno que está asociado a una colonización del antro gástrico por parte del *Helicobacter* donde induce mayores niveles de secreción de gastrina post-prandiales y una disminución de la acción inhibitoria de la somatostatina, lo que condiciona una mayor secreción ácida y una mayor exposición del duodeno a esta carga ácida, desarrollándose como resultado una metaplasia gástrica a nivel duodenal la que posteriormente es colonizada por el *Helicobacter*, produciendo inflamación y posterior desarrollo de úlcera duodenal. En el caso de las úlceras gástricas el mecanismo a través del cual el *Helicobacter* lleva al desarrollo de estas no está del todo esclarecido, se cree que está asociada con una mayor colonización del estómago la que involucra no solo antro sino también el cuerpo gástrico, la inflamación crónica asociada a esta colonización va a llevar al posterior desarrollo de atrofia y úlcera gástrica, usualmente se considera que estos pacientes tienen menores niveles de secreción ácida que los pacientes con úlcera duodenal, como consecuencia de la atrofia de la mucosa oxíntica (19-20).

La secuencia de eventos anteriormente señalados que llevan al desarrollo de la enfermedad ulcerosa no se van a producir en todos los pacientes infectados por el *Helicobacter pylori*, va a depender tanto de factores del individuo, factores medio ambientales así como de factores propios de la bacteria (21)

En lo referente a factores del individuo se ha observado que la úlcera duodenal es más común en personas con grupo sanguíneo O no secretor; así mismo se ha señalado la influencia de factores genéticos en el grado de respuesta inflamatoria a la infección.

Los factores medioambientales están relacionados con la ingesta de cierto tipo de alimentos, en especial vitaminas antioxidantes las cuales podrían proteger a las células de la mucosa gástrica de los radicales libres generados a consecuencia de la inflamación; así mismo se ha observado que dietas con alto contenido de sal inducen la producción de atrofia gástrica, lo que podría favorecer una mayor colonización del *Helicobacter* (3).

Otro factor a tener en cuenta es que cuando hablamos de *Helicobacter pylori*, estamos hablando de una bacteria que va a tener diversos fenotipos en relación a la expresión de ciertos genes y de esto va a depender su patogenicidad, así por ejemplo está la expresión de la toxina vacuolizante (VacA) y de los productos de la isla de patogenicidad (Cag A). Se ha observado que entre el 80-100 % de pacientes con úlcera duodenal producen anticuerpos contra cagA en comparación con el 60-63 % de personas infectadas por el *Helicobacter* pero que solo presentan gastritis. Así mismo cuando se compara entre aquellos que solo tienen gastritis, usualmente la inflamación y el daño mucoso tienden a ser mayores en aquellos que poseen *Helicobacter pylori* cagA (20).

En nuestro país en una serie del Hospital Loayza en 1988 se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en úlcera gástrica activa de 70.9 %, en úlcera gástrica cicatrizada de 81.8 %, en úlcera duodenal activa de 86 % y en úlcera duodenal cicatrizada de 81.8 % (22).

Se ha descrito que las características de las úlceras pépticas varían de acuerdo al status de infección por *Helicobacter pylori* (23-28). Así por ejemplo Xia y col (26)

encontraron que los pacientes con úlcera péptica *Helicobacter pylori* negativo al compararlos con aquellos que tenían la infección, presentaban mayor edad, además de diferir en sus características endoscópicas tendiendo a presentar una mayor profundidad de la úlcera, un mayor número de úlceras y una menor localización a nivel de la pared anterior. Chu y col (24) han descrito igualmente que las características endoscópicas varían siendo las úlceras pépticas más grandes y múltiples en los pacientes sin infección por *Helicobacter*. Otros autores sin embargo no han encontrado mayores diferencias en este. La enfermedad ulcerosa péptica es una patología bastante común, aunque en los últimos años se ha mostrado una declinación en su incidencia, lo cual se ha correlacionado con una disminución en la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población en general (29-31).

En el grupo de pacientes con enfermedad ulcerosa péptica no asociada a *Helicobacter pylori*, los mecanismos subyacentes al desarrollo de esta permanecen poco claros. En un subgrupo de estos se puede encontrar un antecedente de consumo de AINEs, aunque este porcentaje varía de acuerdo a los estudios oscilando entre 30-75 % (32-34).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características endoscópicas de la úlcera péptica en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión?

OBJETIVOS GENERALES:

1. Describir las características endoscópicas de los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica durante el periodo Enero 2000 – Diciembre 2005 en el Hospital Daniel A. Carrión

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características demográficas de la población con úlcera péptica
2. Determinar la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo es un estudio de tipo retrospectivo descriptivo, en el que se procederá a revisar la información clínica y endoscópica de los pacientes diagnosticados de Úlcera péptica durante el periodo Enero 2000- Diciembre 2005, en los cuales se estableció la presencia o no de infección por *Helicobacter pylori* a través de la toma de biopsia gástrica y estudio anatomopatológico. Dichos datos serán obtenidos de los informes de endoscopia del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión.

Se tomo en consideración los siguientes datos: características demográficas (edad, sexo), tipo de úlcera, localización de la úlcera, características endoscópicas (tamaño, profundidad, la forma y el aspecto del borde las úlceras, aspecto de la mucosa circundante, estigmas de sangrado reciente) y el status de infección por *Helicobacter pylori*.

En aquellos pacientes a los cuales se les realizo más de una endoscopia durante el seguimiento, solo se tomo en consideración la primera endoscopia realizada.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyó a todos los pacientes a quienes se les diagnosticó Úlcera péptica mediante examen endoscópico durante el periodo de estudio en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyó a aquellos pacientes con diagnóstico concomitante de cáncer gástrico, antecedente de cirugía previa o con úlceras de etiología no péptica (infecciones: tuberculosis, micóticas, etc)

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 12.0, los cuales fueron procesados para su respectivo análisis de variables.

CAPITULO III

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio desde Enero del 2000 a Diciembre del 2005 se registraron 899 pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, de estos pacientes el estatus de infección por *Helicobacter pylori* pudo ser determinado en 651 (72.41%)

En lo referente a las características demográficas de la población se encontró que esta estuvo constituida en un 67.8 % por hombres, observándose una relación de varones a mujeres de 2.1; con una edad promedio de la población total de 54.03 años. Estos datos se observan en la Tabla 1 y 2

Tabla 1. Distribución por sexo de los pacientes con Úlcera Péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 – Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Masculino	609	67.7
Femenino	290	32.2
Total	899	100

Tabla 2. Edad promedio general y de acuerdo a sexo de los pacientes con Úlcera Péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005		
	Edad Promedio	DE

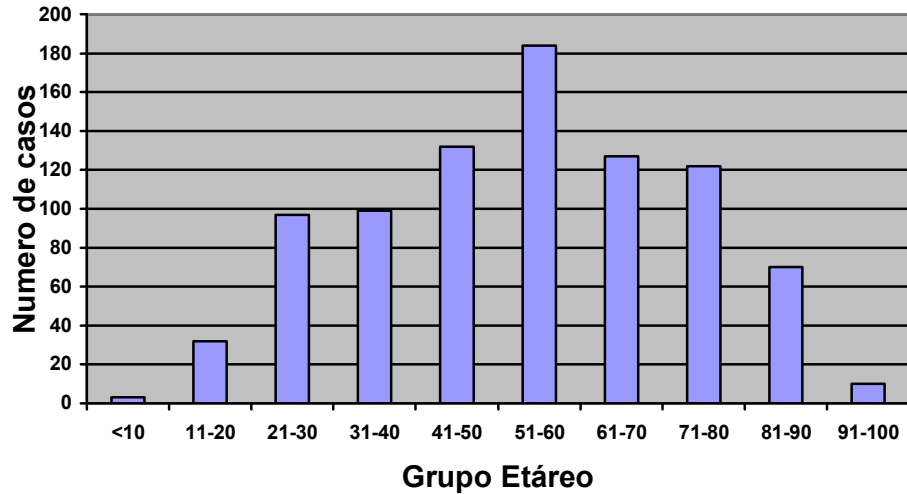
Masculino	51.24	18.918
Femenino	59.87	19.115
Total	54.03	19.396

En la tabla N° 3 observamos la edad promedio de acuerdo al tipo de úlcera

Tabla 3. Edad promedio de acuerdo al tipo de Úlcera en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 – Diciembre 2005		
	Edad Promedio	DE
Úlcera Gástrica	60.54	16.93
Úlcera Duodenal	47.44	19.67
Úlcera Pilórica	56.06	19.18
Úlcera Gástrica + Úlcera duodenal	59.98	15.71
Úlcera Gástrica + Úlcera Pilórica	68.75	10.38

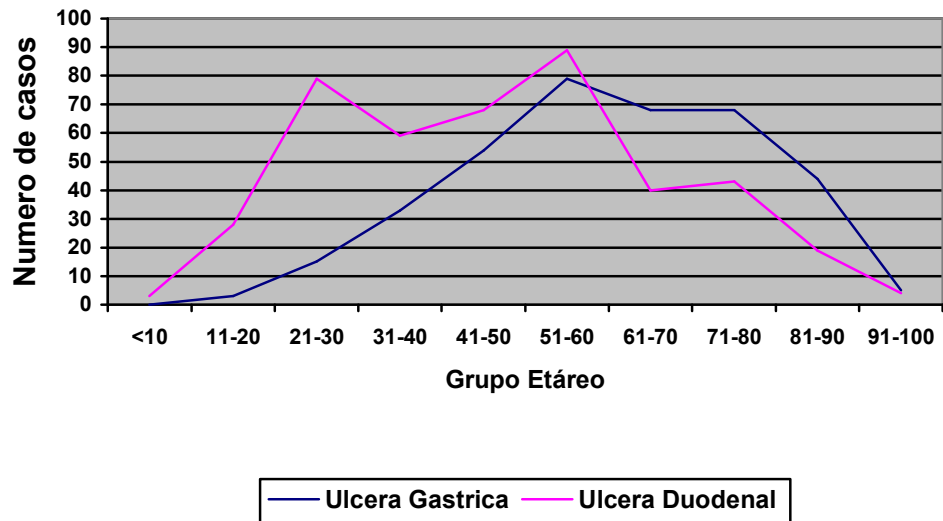
En el grafico N° 1 observamos el número de casos de úlceras gástrica y duodenal de acuerdo al grupo etáreo

Grafico 1. Frecuencia de casos de ulcera peptica de acuerdo a grupo etáreo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrion entre Enero 2000- Diciembre 2005



En el grafico N° 2 observamos la distribución por grupos etáreos de los pacientes con úlcera péptica y úlcera gástrica

Grafico 2. Frecuencia de casos de ulcera duodenal y gastrica de acuerdo a grupo etáreo en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel A. Carrion entre Enero 2000- Diciembre 2005



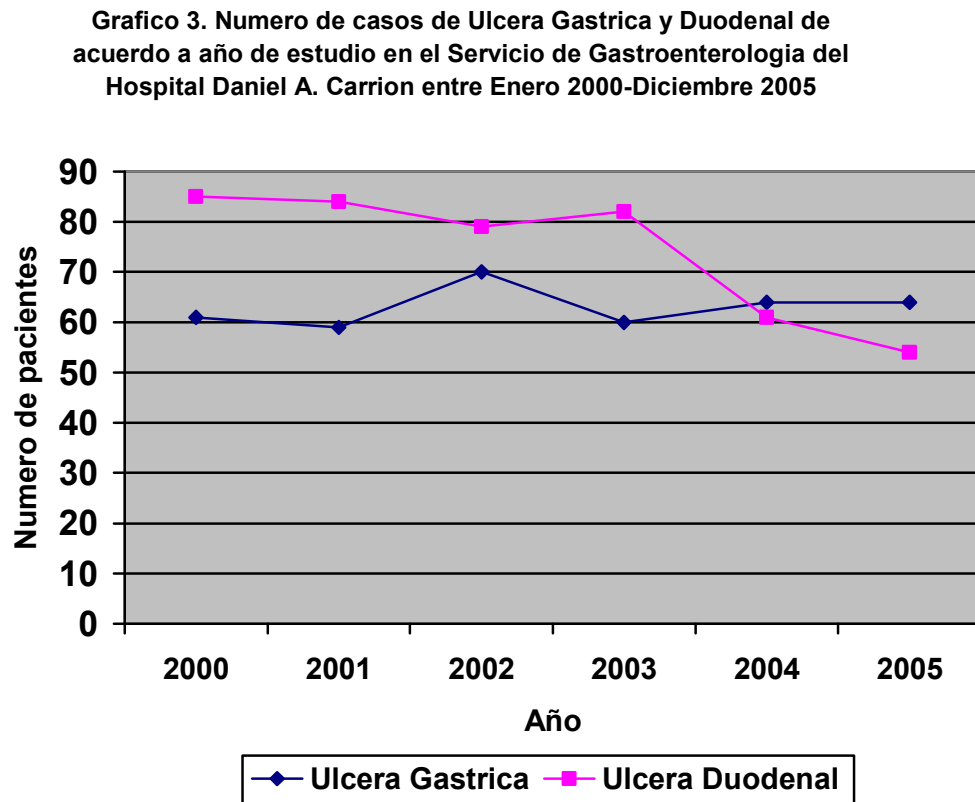
Las indicaciones endoscópicas de estos pacientes fueron en primer lugar hemorragia digestiva alta (54,2 %) seguida de dispepsia (42.8 %) como lo muestra la tabla 3.

Tabla 3. Indicaciones endoscópicas en pacientes con Úlcera Péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Hemorragia Digestiva Alta	479	53.3
Dispepsia	394	43.8
Síndrome Pílorico	10	1.1
Dolor Abdominal	9	1
Anemia	6	0.7
Síndrome Consuntivo	1	0.1
Total	899	100

En lo referente al tipo de Úlcera se encontró un ligero predominio de la úlcera duodenal sobre la gástrica, como se observa en la Tabla 4

Tabla 4. Tipo de Úlcera Péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Úlcera Duodenal	445	49.5
Úlcera Gástrica	378	42
Úlcera Gástrica + Úlcera Duodenal	49	5.5
Úlcera Canal Pílorico	19	2.1
Úlcera Gástrica + Úlcera Pilórica	8	0.9
Total	899	100

En el grafico 3 observamos el numero de casos de úlcera duodenal y gástrica por año durante el periodo de estudio, observando una disminución en el numero de casos de úlcera duodenal



En la tabla 5 observamos las ubicaciones donde se encontraron las úlceras gástricas.

Tabla 5. Ubicaciones frecuentes de las Úlceras Gástricas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 – Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Sub-Cardial	5	0.88

Fondo	40	7.04
Cuerpo	124	21.8
Incisura	48	8.45
Antro	351	61,7
Total	568	100

En la tabla 6 observamos las localizaciones específicas de las úlceras gástricas, observándose que las mas frecuentes fueron curvatura menor de antro e incisura.

Tabla 6. Localizaciones frecuentes de Úlcera Gástrica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 – Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Fondo	40	7.04
Sub-Cardial	5	0.88
Cuerpo Cara Posterior	26	4.57
Cuerpo Cara Anterior	16	2.81
Cuerpo Curvatura Menor	14	2.46
Cuerpo Curvatura Mayor	20	3.52
Cuerpo Cara Anterior + Curvatura Mayor	5	0.88
Cuerpo Cara Anterior + Curvatura Menor	8	1.40
Cuerpo Cara Posterior Curvatura Mayor	10	1.76
Cuerpo Cara Posterior + Curvatura Menor	10	1.76
Cuerpo No especificado	15	2.64

Incisura	48	8.45
Antro Cara Posterior	17	2.99
Antro Cara Anterior	59	10.38
Antro Curvatura Menor	101	17.78
Antro Curvatura Mayor	18	3.16
Antro Cara Anterior + Curvatura Mayor	8	1.40
Antro Cara Anterior + Curvatura Menor	50	8.8
Antro Cara Posterior + Curvatura Mayor	9	1.58
Antro Cara Posterior + Curvatura Menor	9	1.58
Antro No Especificado	80	14.08
Total	568	100

Dentro de las Úlcera duodenales la localización más frecuente fue la de cara anterior de bulbo duodenal Tabla 6

Tabla 6. Localizaciones frecuentes de Úlcera Duodenal en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 – Diciembre 2005		
	Numero	%
Bulbo Cara Posterior	66	8.15
Bulbo Cara Anterior	227	42.19
Bulbo Curvatura Menor	65	12.08
Bulbo Curvatura Mayor	28	5.2
Bulbo Cara Anterior y Curvatura Mayor	21	3.9

Bulbo Cara Anterior y Curvatura Menor	62	11.5
Bulbo Cara Posterior y Curvatura Mayor	7	1.3
Bulbo Cara Posterior y Curvatura Menor	15	2.78
Bulbo No Especificado	33	6.13
Rodilla	5	0.92
Segunda Porción	9	1.67
Total	538	100

Al analizar las características de las úlceras pépticas encontramos que el tamaño promedio de estas fue de 11,72 +/- 8.89 mm para las úlceras gástricas y de 9.87 +/- 5.99 mm para las úlceras duodenales

La mayoría de las úlceras fueron únicas, tanto en general como para úlceras gástricas y duodenales, como vemos en la Tabla 7

Tabla 7. Numero de Úlceras encontrados en los pacientes con diagnóstico de Úlcera péptica en el Hospital Daniel A. Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005				
	General (%)	Úlcera Gástrica (%)	Úlcera Duodenal (%)	Úlcera Pilórica (%)
1	80.6	78.9	89.7	100
2	13.6	12.9	9.3	0
≥ 3	5.8	8.2	1	0

En aquellos pacientes cuyo cuadro clínico principal fue el de Hemorragia digestiva, se observó que el hallazgo endoscópico más frecuentemente encontrado fue el de Úlcera Forrest III (Tabla 8)

Tabla 8. Estigmas de sangrado en pacientes con Hemorragia digestiva alta por úlcera péptica en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005			
	Úlcera Gástrica (%)	Úlcera Duodenal (%)	Úlcera Pilórica (%)
Ia	0.3	0.3	0
Ib	0	3.2	30
IIa	9.5	12.3	0
IIb	7	10.4	10
IIc	9.5	8.8	0
III	73.7	65	60
Total	100	100	100

Otras características endoscópicas como son la profundidad, la forma, el aspecto del borde las úlceras y de la mucosa circundante, no se encontraron descritas en los informes de endoscopia, motivo por el cual estos datos no están consignados dentro de los resultados.

En aquellos pacientes en los que se pudo determinar el estatus de infección por *Helicobacter pylori* la frecuencia de esta fue de 65.3 %, así mismo al estudiar la frecuencia de infección de acuerdo al tipo de Úlcera se encontró que esta fue mayor en los pacientes con Úlcera de tipo pilórica y duodenal (Tabla 9)

Tabla 9. Frecuencia de Infección por <i>Helicobacter pylori</i> en general y de acuerdo al tipo de Úlcera en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Úlcera Duodenal	240	74.3
Úlcera Gástrica	150	55.4
Úlcera Gástrica + Úlcera Duodenal	18	54.5

Úlcera Pilórica	14	77.8
Úlcera Gástrica + Úlcera Pilórica	3	50
Total	425	65.3

En la siguiente tabla observamos la frecuencia de infección del *Helicobacter pylori* de acuerdo al cuadro clínico de presentación de la úlcera péptica

Tabla 10. Frecuencia de infección por <i>Helicobacter pylori</i> de acuerdo a la presentación clínica en pacientes con Úlcera péptica en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión entre Enero 2000 –Diciembre 2005		
	Numero	Porcentaje (%)
Dispepsia	209	64.9
Hemorragia Digestiva Alta	203	66.6
Dolor Abdominal	3	37.5
Síndrome Pílorico	7	70
Anemia	2	50
Síndrome Consuntivo	1	100

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Existen una serie de estudios que han descrito cambios en la epidemiología y en las características de la población con enfermedad ulcerosa péptica, al respecto en nuestra población observamos en lo referente al sexo un predominio del sexo masculino siendo la relación Masculino/Femenino de 2.1, lo que concuerda con lo usualmente descrito en la literatura (35, 36)

La edad promedio de nuestros pacientes fue de 54.03 años, cifra mayor a lo encontrado por Singh (37) en una serie de pacientes con úlcera péptica: 41.2 años y similar a lo encontrado por Xia 51.2 años (38).

En lo referente a edad también observamos que los pacientes pertenecientes al sexo femenino tendían a tener un promedio de edad mayor al observado en los varones.

Como ya ha sido descrito en otras series usualmente la edad de los pacientes con úlcera gástrica tiende a ser mayor que la de los pacientes con úlcera duodenal, este fenómeno se cree esta en relación con el factor causal de la úlcera, es decir cuando hablamos de úlcera gástrica, un factor causal importante es el consumo de AINEs y este usualmente es mayor en personas de edad avanzada.

En lo referente al cuadro clínico que motivo el diagnóstico de úlcera péptica encontramos que el mayor porcentaje corresponde Hemorragia Digestiva Alta (53.3 %) seguida de Dispepsia (43.8 %), esto difiere de lo usualmente descrito es decir que es Dispepsia el cuadro usual de debut de estos pacientes (6), esta diferencia se puede

explicar por el hecho de que nuestro Hospital es un centro de referencia a nivel de región Callao y muchos casos vienen derivados de otros centros de menor nivel de resolución, sobre todo para el manejo de complicaciones de la úlcera péptica como es el caso de la hemorragia digestiva alta. Es importante señalar que además de esta posible explicación existe una serie de estudios que han demostrado que la incidencia de enfermedad ulcerosa péptica esta disminuyendo, pero que la incidencia de las complicaciones de esta permanece sin variación (39,40)

En la presente serie observamos que el tipo de úlcera más frecuentemente encontrado aun sigue siendo la úlcera duodenal 49.5 %, aunque su porcentaje ha disminuido en relación a años atrás si lo comparamos con lo descrito por Gonzáles en el año 1997 en una serie de 100 pacientes con enfermedad ulcerosa péptica de nuestra misma institución (9), encontró que el 60 % de los casos correspondían a úlceras duodenales, 36 % a úlceras gástricas y 4 % a úlceras del canal pilórico o úlceras de localización tanto gástrica como duodenal. En comparación con esta serie observamos un incremento en la frecuencia de casos de úlcera gástrica que representan el 42 % de casos de nuestra serie. En un estudio realizado en 1991, en el que se comparó la prevalencia de úlcera péptica y cáncer gástrico en nuestro hospital con una serie proveniente de un país desarrollado, se observó que en nuestra población existe una razón de prevalencia de úlcera duodenal/úlcera gástrica menor, esto debido a que tenemos una prevalencia menor de casos de úlcera duodenal cuando se realiza una comparación con países del primer mundo (41)

Estos cambios han sido descritos también a nivel mundial. Así por ejemplo el estudio de Xia (38) ha encontrado una disminución de la frecuencia de úlcera duodenal en pacientes dispépticos de 11 % a 8.3 % durante el lapso 1997-2003 y podría estar en

relación con el hecho que se viene describiendo desde hace algunos años de una disminución en la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población general como consecuencia de una mejora de los niveles de saneamiento e higiene ambiental entre otros factores.

En lo referente a la localización de las úlceras, observamos que en el caso de las úlceras gástricas, éstas se localizaron con mayor frecuencia a nivel de antro, específicamente a nivel de la curvatura menor de antro y a nivel de incisura, estas localizaciones son usualmente descritas como las más frecuentes se cree que la localización de la úlcera en la curvatura menor sobre la mucosa antral, se debe a que en esa área las fibras musculares del estómago se entrecruzan y forman una fuerte banda muscular que determinan un intenso esfuerzo cinético, así como al hecho de que esta zona recibe un menor suministro vascular (2, 42).

De las Úlceras duodenales el mayor porcentaje estuvo localizado a nivel de bulbo duodenal, específicamente la localización de cara anterior de bulbo duodenal.

En lo referente al tamaño de las úlceras, el tamaño promedio fue algo mayor en los pacientes con úlcera gástrica 11.72 mm que en los pacientes con úlcera duodenal 9.87 mm. Así mismo se observó que la mayoría de úlceras tanto gástricas como duodenales tendían a ser únicas, observándose en el caso de las úlceras gástricas un mayor frecuencia de úlceras múltiples, como se ha mencionado con anterioridad en el caso de úlcera gástrica los AINEs juegan un papel importante y esta descrito que estos tienden a presentar injuria gástrica, bajo la forma de úlceras múltiples. La frecuencia de estas úlceras múltiples en este trabajo de 5.8 % cifra similar a la encontrada por Chu KM quien encontró una frecuencia de 5.7 % de úlceras múltiples en una serie de 1343 pacientes (24).

En los casos de debut como hemorragia digestiva alta, consignados en esta serie se encontró que el hallazgo endoscópico más frecuentemente encontrado fue lo que conocemos como úlceras Forrest III, es decir la presencia de un lecho ulceroso blanquecino; esto sería debido al hecho de que en nuestro hospital no existe una unidad de hemorragia digestiva, ni se realiza endoscopias las 24 horas, los pacientes que acuden con un cuadro de HDA fuera del horario de atención ambulatorio usualmente son estabilizados en la emergencia hasta el día siguiente cuando se les realiza la endoscopia, o son manejados de manera quirúrgica si el sangrado es significativo y no responde al tratamiento medico conservador. Esto también explicaría el por qué del bajo porcentaje de casos de sangrado activo encontrados en la presente serie tanto para los casos de úlcera duodenal, como gástrica.

Uno de los problemas encontrados durante la realización del presente trabajo fue la falta de una descripción detallada de las características endoscópicas de las úlceras pépticas en los informes de endoscopia, lo que ha impedido analizar ciertos aspectos importantes como son la profundidad, la forma, el aspecto de los bordes y de la mucosa vecina. Es importante señalar este punto dada la importancia que tiene el realizar una descripción lo mas precisa posible de las características de la úlcera al momento de realizar la endoscopia digestiva alta, ya que eso nos permite establecer un diagnostico endoscópico mas adecuado.

En nuestro país se ha descrito una alta frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en la población en general, así por ejemplo se ha descrito frecuencias que van de 77-93 % en reportes iniciales (15-16)

En una serie del Hospital Loayza en 1988 se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en úlcera gástrica activa de 70.9 %, en úlcera gástrica cicatrizada de

81.8 %, en úlcera duodenal activa de 86 % y en úlcera duodenal cicatrizada de 81.8 % (22). En un estudio previo realizado en nuestro hospital entre los años 1997-1998 se encontró una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes dispépticos de 75.2 %. (43)

En el presente estudio encontramos una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera péptica del 65.3 %; en los pacientes con úlcera gástrica la frecuencia fue de 55.4 % y en los pacientes con úlcera duodenal 74.3 %, estas cifras son menores a lo anteriormente señalado y coincide con lo hallado por Ramírez-Ramos (30) en una serie de pacientes de nivel socio-económico medió-alto donde observó una disminución de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con gastritis crónica activa de 83.3 % en 1985 a 58.7 % en el 2002; el mismo fenómeno se observó en pacientes con úlcera duodenal en quienes disminuyó de 89.5 % a 71.9 % y en pacientes con úlcera gástrica en quienes disminuyó de 84.8 % a 77.3 % durante el mismo lapso de tiempo, aunque en nuestra serie observamos aún una menor frecuencia de la infección en los casos de Úlcera gástrica.

Este fenómeno descrito de menores frecuencias de infección por *Helicobacter pylori* ha sido observado también en otros estudios extranjeros. Jyotheeswaran y col han reportado en Estados Unidos una frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera duodenal de 61 % (28); Gislason y col encontraron que solo 39 % de pacientes con úlcera duodenal estaban infectados por el *Helicobacter* (29).

Las causas de este fenómeno se cree son múltiples y se podría correlacionar con mejoras en los sistemas de salubridad, en Lima específicamente esto se ha correlacionado con un incremento de la clorinación de las aguas de la Atarjea (31); otro factor que podría

explicar este fenómeno es la generalización del tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*.

En nuestro medio se ha señalado que este fenómeno parece estar dándose solo en el grupo poblacional perteneciente a los niveles socioeconómicos medio y alto, ya que un estudio reciente realizado en el pueblo joven Las Pampas de San Juan de Miraflores ha encontrado una alta prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* de mas del 90 % (44); ésto difiere de lo encontrado en esta serie ya que la mayoría de los pacientes que acuden a nuestra institución son pacientes provenientes de los niveles socioeconómicos medio y bajo y sin embargo han experimentado una disminución de la infección por *Helicobacter pylori*

En la presente serie también observamos que la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* es similar tanto en los casos de dispepsia como en los de hemorragia digestiva alta. Esto difiere de lo señalado en otros estudios donde encuentran una menor frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* en los pacientes con hemorragia digestiva alta. Este fenómeno se consideraba debido al hecho de que la sangre podría causar falsos negativos cuando se realizaba las pruebas diagnosticas para la infección por *Helicobacter pylori* (45,46), sin embargo una serie de estudios han demostrado que el diagnóstico de ésta se puede realizar sin inconvenientes durante el episodio de sangrado digestivo alto sin alterar su sensibilidad (47).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. En los pacientes con Úlcera péptica encontramos un predominio del sexo masculino, que representó el 67.7. % de casos
2. La edad promedio de los pacientes fue de 54.03 años, siendo mayor en los casos de úlcera gástrica y en el de úlcera gástrica + úlcera pilórica
3. El tipo de Úlcera mas frecuentemente encontrado fue la Úlcera Duodenal
4. Las formas más comunes de presentación fueron la hemorragia digestiva alta y dispepsia
5. La localización más frecuente de la úlcera gástrica fue en la curvatura menor del antro y en la incisura
6. La localización mas frecuente de la úlcera duodenal fue en la cara anterior de bulbo duodenal
7. El tamaño promedio fue de 11.72 mm para las úlceras gástricas y de 9.87 mm para las úlceras duodenales
8. La mayoría de las úlceras tanto gástricas como duodenales fueron únicas
9. El estigma de sangrado reciente más comúnmente encontrado en los casos de Hemorragia digestiva alta fue el Forrest III
10. Dentro de los informes endoscópicos revisados no se consignaron todas las características endoscópicas de la úlcera peptica, faltando la descripción de la

profundidad, forma, aspecto de los bordes de la úlcera, así como el aspecto de la mucosa circundante.

11. La frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 65.3 % en todas las úlceras pépticas, 74.3 % en úlcera duodenal y 55.4 % en úlcera gástrica.

CAPITULO VI

APORTE DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

En el presente trabajo se buscó reportar las características endoscópicas de la úlcera péptica, así como sus características epidemiológicas en los pacientes a quienes se les realizó este diagnóstico en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión durante el periodo Enero 2000- Diciembre del 2005. En base a los resultados encontrados, este trabajo permite realizar los siguientes aportes:

1. Existe una menor proporción de casos de úlcera duodenal comparado con lo clásicamente descrito y que en los últimos años del periodo de estudio se presenta en un numero similar al de úlceras gástricas.
2. Otro dato importante observado en nuestro estudio es la frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* la que también encontramos que es menor a la inicialmente descrito en un nuestro país y en nuestro mismo hospital años atrás.
3. En lo referente a las características endoscópicas, se encontró lo siguiente: la localización mas frecuente de la úlcera duodenal fue cara anterior de bulbo y de la úlcera gástrica fue curvatura menor de antro gástrico. El tamaño promedio de las úlceras duodenales fue algo mayor que el de las úlceras gástricas. La mayoría de las úlceras fueron

únicas. El estigmas de sangrado reciente más común fue el de Forrest III tanto para úlceras gástricas como duodenales.

4. Los informes de endoscopia alta deberían ser realizados de una manera mas detallada, consignando todas las características endoscópicas de las úlceras para de esta manera mejorar la calidad de dichos informes y facilitar la realización de estudios posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Harbison SP, Dempsey DT. Peptic ulcer disease. Curr Probl Surg 2005;42: 346-454
2. Majumdar D, Atherton J. Peptic ulcers and their complications. Surgery 2006;24: 110-114
3. Yuan Y, Pañol I, Hunt R. Peptic Ulcer Today. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol 2006;3:80-89
4. Saad R, Scheiman J. Diagnosis and management of peptic ulcer disease. Clinics In Family practice. 2004;6:569-587
5. Aro P, Storskrubb T, Ronkainen J, Bolling E, Engstrand L et al. Peptic ulcer disease in a general adult population. Am J Epidemiol 2006;163: 1025-1034
6. Lu CL, Chang SS, Wang SS, Chang FY, Lee SD. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to silence and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. Gastrointest Endosc 2004;60:34-38
7. Shiotani A, Graham D. Pathogenesis and therapy of gastric and duodenal ulcer. Med Clin N Am. 2002;86: 1447-1466
8. Suerbaum S, Michetti P. Helicobacter pylori infection. N Eng J Med 2002;347:1175-1186
9. Gonzales P, Monge E. Distribución de los Grupos Sanguíneos ABO en los Pacientes con Úlcera Péptica. An. Fac. Med. 1997;58:189-91

10. Ichihyanagui R., Carlos; Lozano A., Rodolfo; Huamán V., César; Iparraguirre L., Haydee. Enfermedad ulcerosa péptica en pacientes cirróticos. Rev. Gastroenterol. Perú 1995;15:15-9
11. Ramírez-Ramos A, Watanabe-Yamamoto A, Takano-Morón J, Gilman R, Recavarren S et al. Decrease in prevalence of peptic ulcer and gastric adenocarcinoma at the Policlínico Peruano Japonés, Lima, Peru, between the years 1985 and 2002. Analysis of 31,446 patients. Acta Gastroenterol Latinoam 2006;36:139-146
12. Logan RP, Walker M. Epidemiology and diagnosis of Helicobacter pylori infection. BMJ 2001;323:920-922
13. Frenck R, Clemens J. Helicobacter in the developing world. Microbes Infect 2003;5:705-713
14. Vilaichone RK, Mahachai V, Graham D. Helicobacter pylori diagnosis and management. Gastroenterol Clin N Am 2006;35: 229-247
15. The Gastrointestinal Working physiology group. Helicobacter pylori and gastritis in peruvian patients: Relationship to socioeconomic level, age and sex. Am J Gastroenterol 1990;85:819-823
16. Ramirez-Ramos A, Recavarren S, Arias-Stella J, Gilman RH, Leon-Barua R et al. Helicobacter pylori, gastritis cronica, úlcera gástrica y úlcera duodenal: Estudió de 1683 pacientes. Rev Gastroenterol Perú 1999;19:196-201
17. Ramirez-Ramos A, Gilman RH, Recavarren S, Watanabe J, Miyagui J et al. Contribución al estudió de la epidemiología del Helicobacter pylori en el Perú. Análisis de 3005 casos. Rev Gastroenterol Perú 1999;19:208-215

18. Klein PD, Gilman RH, Leon-Barua R, Diaz F, Smith EO, et al. The epidemiology of *Helicobacter pylori* in Peruvian children between 6 and 30 months of age. *Am J Gastroenterol*. 1994;89: 2196-2200
19. Vaira D, Holton J, Ricci C, Basset C, Gatta L et al. *Helicobacter pylori* infection from pathogenesis to treatment- a critical reappraisal. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:105-113
20. Lu H, Yamaoka Y, Graham DY. *Helicobacter pylori* virulence factors: facts and fantasies. *Curr Opin Gastroenterol*. 2005;21:653-9
21. Hatakeyama M, Brzozowski T. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2006;11(Suppl. 1):14-20
22. Ramirez-Ramos A, Gilman R, Watanabe-Yamamoto J, Rosas-Aguirre A. Estudió de la epidemiología de la infección por el *Helicobacter pylori* en el Peru: 20 años después. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2004;34:69-78
23. Quan C, Talley N. Management of peptic ulcer disease not related to *Helicobacter pylori* or NSAIDs. *Am J Gastroenterol* 2002;97:2950-2961
24. Chu KM, Kwok KF, Law S, Wong KH. Patients with *Helicobacter pylori* positive and negative duodenal ulcers have distinct clinical characteristics. *Worl J Gastroenterol* 2005;11:3518-3522
25. Higuchi K, Arakawa T, Fujiwara Y, Uchida T, Tominaga K et al. Is *Helicobacter pylori*-negative duodenal ulcer masked by the high prevalence of *Helicobacter pylori* infection in the general population?. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3083-3084
26. Xia HX, Wong BCY, Wong KW, Wong SY, Wong WM et al. Clinical and endoscopic characteristics of non-*helicobacter pylori*, non-NSAID duodenal

- ulcer: a long term prospective study. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:1875-1882
27. Tsuji H, Kohli Y, Fukumitsu S, Morita K, Kaneko H et al. Helicobacter pylori-negative gastric and duodenal ulcers. *J Gastroenterol* 1999;34:455-460
 28. Jyotheeswaran S, Shah AN, Jin HO, Potter GD, Ona FV et al. Prevalence of Helicobacter pylori in peptic ulcer patients in greater Rochester, NY: is empirical triple therapy justified?. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:574-8
 29. Gislason G, Emu B, Okolo P et al. Where have all the Helicobacter pylori gone ? Etiologic factors in patients with duodenal ulcers presenting to a university hospital. *Gastrointest Endosc* 1997;45:263
 30. Ramirez-Ramos A, Chinga-Alayo E, Mendoza-Requena D, Leey-Casella J, Segovia M et al. Variación de la prevalencia del Helicobacter pylori en el Perú Periodo 1985-2002. Nivel Socio-económico medió y alto. *Rev Gastroenterol Perú* 2003;23:92-98
 31. Ramirez A, Chinga E, Mendoza R .Variación de la prevalencia del Helicobacter pylori y su relacion con los niveles de cloro en el agua de la atarjea, Lima, Perú. Periodo 1985-2002. *Rev Gastroenterol Perú*. 2004 ;24: 223-9
 32. Gisbert JP, Blanco M, Mateos M, Fernandez-Salazar M, Fernandez-Bermejo M et al. H. pylori – negative duodenal ulcer prevalence and causes in 774 patients. *Dig Dis Sci* 1999;44:2295-2302
 33. Wolfe M, Lichtenstein M, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Eng J Med* 1999;340:1888-1889

34. Kamada T, Hata J, Kusunoki H, Sugiu K, Tanimoto T. Endoscopic characteristics and *Helicobacter pylori* infection in NSAID-associated gastric ulcers. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:98-102
35. Kang JY, Tinto A, Higham J, Majeed A. Peptic ulceration in general practice in England and Wales 1994-98: period prevalence and drug management. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1067-1074
36. Alvarez R, Adelquis F, Alvarez R, Alvarez M. Epidemiología de la úlcera séptica en siete consultorios del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11:232-238
37. Singh V, Trikha B, Kanwal C, Singh K, Vaiphei K. Epidemiology of *Helicobacter pylori* and peptic ulcer in India. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:659-665
38. Xia B, Xia H, Ma CW, Wong W, Fung F et al. Trends in the prevalence of peptic ulcer disease and *Helicobacter pylori* infection in family physician referred uninvestigated dyspeptic patients in Hong Kong. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:243-249
39. Post PN, Kuipers EJ, Meijer GA: Declining incidence of peptic ulcer but not of this complications: a nation-wide study in The Netherlands. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:1587-1593
40. Lassen A, Hallas J, Schaffalitzky O. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: A population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:945-953
41. Burstein M, Monge E, Leon-Barua R, Lozano R, Berendson R et al. Low peptic ulcer and high gastric cancer prevalence in a developing country with a high

- prevalence of infection by *Helicobacter pylori*. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:154-6
42. Yoshida M, Saikawa Y, Hosoda S, Kumai K, Kubota T et al. Endoscopic classifications as diagnostic factors of peptic ulcer and early gastric cancer- a possible reason why *Helicobacter pylori* infection causes gastric ulcers along lesser curvature. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24 (Suppl. 4):303-310
43. Gonzales P, Diaz J, Monge E. Grupos ABO como factor de riesgo en la infección por *Helicobacter pylori*. *Rev Gastroenterol Peru* 2000; 20: 370-75
44. Soto G, Bautista C, Roth D, Gilman R, Velapatiño B et al. *Helicobacter pylori* reinfection is common in Peruvian adults after antibiotic eradication therapy. *J Infect Dis*. 2003;188:1263-75
45. Zagaru RM, Bazzoli. *Helicobacter pylori* testing in patients with peptic ulcer bleeding. *Dig Liver Dis* 2003;35:215-216
46. Schilling D, Demel A, Adamek HE, Nüsse T, Weidmann E et al. A negative rapid urease test is unreliable for exclusion of *Helicobacter pylori* infection during acute phase of ulcer bleeding A prospective case control study. *Dig Liver Dis* 2003; 35:217-221
47. Laine L, Nathwani R, Naritoku W. The effect of GI bleeding on *Helicobacter pylori* diagnostic testing : a prospective study at the time of bleeding and 1 month later. *Gastrointest Endosc* 2005;62:853-9

ANEXO I



HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION – CALLAO

ÚLCERA PÉPTICA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

NOMBRE: _____ HC: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA ENDOSCOPIA: _____

SINTOMA PRINCIPAL: DISPEPSIA () HDA () DOLOR ABDOMINAL ()
OTROS: _____

HALLAZGOS:

I. ÚLCERA GÁSTRICA () II. ÚLCERA DUODENAL ()

LOCALIZACIÓN:

FONDO ()

BULBO ()

CUERPO ()

SEGUNDA PORCIÓN ()

ANTRO ()

CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

TAMAÑO: _____

FORMA: _____

PROFUNDIDAD: _____

BORDES: _____

ASPECTO DE LA MUCOSA CIRCUNDANTE: _____

ESTIGMAS DE SANGRADO RECIENTE: _____

INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI: SI () NO ()